CHAPITRE 19 : PERSONNE AGEE

- Vieillissement physio ≠ selon les organes (vieillissement différentiel).
- Vieillissement patho→ diminution supplémentaire de la réserve fonctionnelle→ risque d'insuffisance d'organe en cas d'épisodes aigus. Favorise des syndromes dits gériatriques : chutes à répétition, dépendance, confusion.
- Examen clinique du sujet âgé complexe : entretien difficile, particularités sémiologiques, intrication des pathologies, polymédication.
- Prise en charge doit prendre en compte histoire médicale et contexte social→ Évaluation gériatrique standardisée (EGS), complète l'examen clinique (via questionnaires) avec les aspects sociaux, cognitifs, psychosociaux et fonctionnels→ prise en charge globale.

ENTRETIEN		- Nécessite beaucoup de dispo. Difficultés causées par : troubles auditifs, visuels (questions mal entendues, langage non verbal mal perçu), troubles cognitifs (questions mal comprises, rappel difficile et ralenti), minimisation des symptômes liés au vieillissement. - En pratique : Parler fort, formulations simples, rester systématique, s'appuyer sur les aidants/proches. - Rester critique sur les ATCD déclarés : erreurs d'interprétation ou de mémorisation. - Recueil des TTT +++ (polymédication fréquente). - Évaluation de l'autonomie (sdd 31) très importante. Passe par l'évaluation de l'environnement humain (aidants, proches, aides extérieures), matériel (type d'habitation, escaliers, aménagements) et financier.
PARTICULARITÉGÉRIATRIQUES DE L' EXAMEN PHYSIQUE	Examen cutané	- Dermatoporose : amincissement cutané et perte d'élasticité → peau fine, atrophique, fragile, diaphane (transparente). - La peau marque le pli. - Diminution de résistance mécanique de la peau se traduit surtout dans les zones photo-exposées et les avant-bras : cicatrices stellaires, purpura sénile ou purpura de Bateman, éphélides séniles (macules brun-beige, marqueur d'exposition solaire). - Rechercher **escarres** (sdd 86) si hospit ou institution→ ulcères de pression (sdd 92, 170), surtout sacrum, ischions, tallons, malléoles externes, + rarement coudes et pararachidien si cyphoscoliose (sdd 65), apophyses postérieures si sujet maigre (sdd 17).
	Examen buccodentaire	- Nombre de dents restantes, unités fonctionnelles (couple de dents antagonistes entrant en contact à l'occlusion dentaire) : facteur limitant la conso de certains aliments (viande++). - Présence de chicots→ foyers infectieux. - Efficience d'un éventuel appareil dentaire.
	Examen digestif	- Troubles du transit fréquent, surtout constipation (sdd 1) car défaut d'hydratation, diminution de l'activité physique, diminution du péristaltisme, iatrogénie (anticholinergique, opioïde…) **- Constipation** : source d'inconfort digestif, d'anorexie et de fécalome→ source de confusion ou de rétention aiguë d'urine (sdd 95, 119, 97).
	Examen locomoteur	- Fractures vertébrales asymptomatique dans 2/3 cas → Dépistage par mesure annuelle de la taille : ↓ taille physiologique sur dessiccation des nucleus pulposus des disques intervertébraux et hypercyphose dorsale/suspecter tassement vertébral si perte > 2 cm entre 2 mesures ou perte > 6 cm. - Diminution de la masse et de la force musculaire particulièrement après 50 ans. Si pertes importantes → **sarcopénie**.
	Examen cardiovasculaire	**1 - HTA systolique** (sdd 42) (définition identique au jeune : PAS > 140 et/ou PAD > 90) → prévalence élevée (70 % après 80 ans), caractère systolique isolée, lié aux modifications physiologiques (rigidité artérielle). **2 - Hypotension orthostatique ou HO** (sdd 43) → ↓ PA > 20 mmHg de systolique ou > 10 mmHg de diastolique dans les 3 min après le passage debout. - Mesure de ≠ de PA entre : • T0 : couchée après 5 min de repos, à T° ambiante, vessie vide. • T1 et T3 : position debout à 1 et 3 min. - Évaluer également FC et survenue de symptômes (lipothymie, sensation de vertige, troubles visuels) → Origine neurogène de l'HO (dysautonomie) suspectée si pas ↑ de la FC (ou ↑ < 20 min) à l'orthostatisme.

ÉVALUATION GÉRIATRIQUE STANDARDISÉE

Évaluation multidimensionnelle pour l'appréhender dans sa globalité. Entretien + examen clinique + tests ou questionnaires validés pour évaluation de cognition/état thymique/état nutritionnel/marche/autonomie (sdd 131, 123, 30, 66, 31).

Évaluation cognitive

1 - Mini Mental State Examination (MMSE) → dépistage rapide (10 min), validé en français.
- 30 items, chaque réponse vaut 1 point (donc noté sur 30). Évalue l'orientation temporo-spatiale, le rappel immédiat et différé, l'attention, le langage et les praxies constructives.
- Interprétation en fonction du niveau socio-culturel. La classification la + utilisée est celle de Poitrenaud.
- Test de dépistage, insuffisant seul pour diagnostiquer la démence, mais si diagnostic posé sert pour suivi et sévérité.

Sévérité de la démence selon le MMS

Légère	Modérée	Modérément sévère	Sévère	Très sévère
20 à 25	**16 à 19**	**10 à 15**	**9 à 3**	**<3**

2 - Épreuve des 5 mots de Dubois.
- Épreuve simple et rapide (5 min) d'apprentissage et de rappel d'une liste de 5 mots. Évalue le rappel. Tâche interférente entre 3 et 5 min (examen clinique ou test de l'horloge par exemple). Temps d'apprentissage noté sur 5 et rappel sur 5. Score <10 pathologique.

3 - Test de l'horloge.
- Dépistage simple et rapide des fonctions visuospatiale et exécutives. Faire dessiner au patient une horloge et indiquer une heure précise.

Évaluation thymique (sdd 123)

1 - Geriatric depression scale (GDS) → dépistage dépression par auto-évaluation. Plusieurs versions, forme très simplifiée à 4 items adaptée à la med gé (si MMS > 20) → si score ≥ 1 poursuivre avec forme + complète à 15 ou 30 items pour permettre de suivre l'évolution.
2 - Echelle de Cornell → si troubles cognitifs faire hétéro-évaluation. Échelle de Cornell facile et rapide (19 items, 10 min). Reste valide si démence jusqu'à sévère inclus. S'appuyer sur l'aidant. Évaluation sur symptômes et signes la semaine précédant l'évaluation. Les symptômes secondaires à une infirmité ou une maladie somatique ne comptent pas. Score > 10/38 évocateur de dépression.

Évaluation nutritionnelle (sdd 30, 17)

- Sujets âgés particulièrement exposés à dénutrition car : ↓ moyenne des apports après 65 ans, ↑ besoins liés aux maladies chroniques, ↓ masse maigre.
- Mesure poids et taille, recherche d'anorexie éventuelle. Compléter par le Mini Nutritional Assessment (MNA).

Évaluation de l'équilibre et de la marche (sdd 66, 130)

1 - Timed up and go test ou get up and go test chronométré.
- Rapide (2 min), réalisable partout, dépistage du risque de chute analysant : stabilité debout lors du lever, qualité de la marche, équilibre lors de la rotation, vitesse de coordination motrice.
- Patient démarre assis sur une chaise de hauteur normale sans accoudoir avec ses chaussures habituelles. Il se lève lors du top chronométré→ 3 m en ligne droite→ demi-tour→ chemin inverse→ tour de la chaise avant de se rasseoir. Pathologique si >20 s.

2 - Vitesse de marche de 4 mètres.
- Évaluation simple et rapide de la performance physique. La vitesse ↓ physiologiquement avec l'âge, mais reste discriminante pour évaluer le risque de chute, mais aussi la mortalité. Classiquement évaluée sur 4 m linéaire sans obstacles. Demander au patient de marcher N. Chronométrer et en déduire la vitesse de marche en m/s.

Vitesse	< 0.8 m/s	0.8 à 1.2 m/s	> 1.2 m/s
Risque de chute	Élevé	Intermédiaire	Faible

3 - Stop walking while talking test.
- Demander au patient de parler en marchant en ligne droite. Demander différentes tâches additionnelles (compte à rebours, énumérer des animaux…) Si recherche de points d'appui voire arrêt → trouble du contrôle moteur cérébral, prédictif d'une ↑ risque de chute.

4 - Short Physical Performance Battery (SPPB).
- Somme de 3 tests : équilibre, vitesse de marche, lever de chaise.

Évaluation de l'autonomie

- Dépendance : obligation de recours à un tiers ou un appareillage pour certains actes de la vie courante : activités élaborées, de loisirs (écrire, vie associative, jardiner…) → les + rapidement impactées/activités instrumentales (courses, gérer ses médicaments, ses finances)/activités de base (marcher, s'habiller, se nourrir, se laver) → les + tardivement atteintes.

- Évaluation importante pour optimiser les moyens d'aide, préserver l'autonomie actuelle voire anticiper une institutionnalisation.

1 - IADL ou échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne.

- Évaluer à la fois les activités instrumentales des activités courantes et de base. Forme simplifiée à 4 items pour l'orientation.

2 - Activities of daily living (ADL) ou échelle de Katz.

- Couvre 6 activités de base de la vie quotidienne. Moins sensible que IADL, particulièrement adaptée pour les sujets en institution. Facilement remplie par proche ou soignant. La cotation détermine l'absence d'assistance (1), l'assistance partielle (0.5) ou totale (0). Score maximal d'indépendance de 6/6.

3 - Grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources).

- Évalue l'expression de la perte d'autonomie au domicile ou en institution en abordant l'autonomie physique et psychique (10 items) et l'autonomie domestique et sociale (7 items).
- Classe les patients en 6 groupes nécessitant des niveaux d'aides similaires ou groupes iso-ressources (GIR). Va de GIR1 : atteinte de l'autonomie corporelle, mentale, locomotrice et sociale majeure justifiant d'une présence continue d'intervenants, à GIR 6 ayant une autonomie préservée.
- Essentiellement outil administratif décidant de l'attribution de l'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) au domicile ou du niveau de financement global des EHPAD.

Syndrome de fragilité

- Évaluation de fragilité = alternative simplifiée à l'EGS qui demande beaucoup de temps.
- Syndrome de fragilité : diminution de la capacité à faire face à des épisodes de stress, conséquences de ↓ réserve fonctionnelle sur vieillissement, maladies chroniques, polymédication, facteurs socio-environnementaux.
- Âge déterminant majeur de fragilité, mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. 5 critères de Fried sont les + utilisés et validés :
  - Perte de poids involontaire > 4.5 kg ou 5 % poids en un an.
  - Force de préhension < 20^{e} percentile pour âge et sexe.
  - Sentiment de fatigue et d'épuisement.
  - Vitesse de marche sur 4 m < 20^{e} percentile pour âge et sexe.
  - Sédentarité.

Degré de fragilité	**Robuste**	**Pré-fragile**	**Fragile**
Nombre de critères	0	1 à 2	≥ 3
Caractéristiques	Vieillissement réussi, âge physiologique < âge chronologique.	État réversible. Evolution vers la fragilité en l'absence d'intervention.	Vulnérable en cas d'épisode aigu. Risque d'entrée en l'institution.